FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1884 — **THÈSE** — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 4 Juillet 1884 à 1 heure

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PAR

Florentin MONGIRD

Né le 21 octobre 1851 à Kowno (Lithuanie)

CANCER DU PÉRITOINE

Président de la Thèse : M. le Prof^r CHARCOT

Jury : MM. { GUYON, professeur. JOFFROY, agrégé. KIRMISSON, id.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE OLLIER-HENRY

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1884

274

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1884 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 4 Juillet 1884 à 1 heure

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PAR

Florentin MONGIRD

Né le 24 octobre 1851 à Kowno (Lithuanie)

CANCER DU PÉRITOINE

Président de la Thèse : M. le Prof^r CHARCOT

Jury : MM. GUYON, professeur. JOFFROY, agrégé. KIRMISSON, id.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE OLLIER-HENRY

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1884

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen ..... M. BÉCLARD.

Professeurs.....	**MM.**
Anatomie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BECLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	N...
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	PETER.
Pathologie chirurgicale.....	GUYON. DUPLAY
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	ROBIN.
Opérations et appareils.....	LE FORT.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	BOUCHARDAT.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés.....	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
Clinique médicale.....	SEE (G.) JACCOUD. HARDY. POTAIN.
Clinique des maladies des enfants.....	N.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
Clinique chirurgicale.....	RICHET. GOSSELIN. VERNEUIL. TRELAT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	PAJOT.

DOYENS HONORAIRES : MM. VULPIAN et N...

Professeur honoraire :
M. DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	GUÉBHARD.	LANDOUZY.	REYNIER.
BOUILLY.	HALLOPEAU.	PEYROT.	RIBEMONT.
BUDIN.	HANOT.	PINARD.	RICHELOT.
CAMPENON.	HANRIOT.	POUCHET.	RICHET.
DEBOVE.	HENNINGER.	QUINQUAUD.	ROBIN (Albert
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	HUMBERT.	RAYMOND.	SEGOND.
	HUTINEL.	RECLUS.	STRAUS.
	JOFFROY.	REMY.	TERRILLON.
	KIRMISSON.	RENDU.	TROISIER.

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR CHARCOT

Officier de la Légion d'honneur

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de la Salpétrière

A MES MAITRES DES HOPITAUX

M. RIGAL

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôpital Necker

M. BUCQUOY

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôpital Cochin

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR CHARCOT

Officier de la Légion d'honneur

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX

M. RIBAT

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôpital Necker

M. BUCQUOY

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôpital Cochin

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES FRÈRES

A MES AMIS

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES FRÈRES

A MES AMIS

CARCINÔME

DU

PÉRITOINE

INTRODUCTION

Le cancer du péritoine, affection relativement rare, n'a pas donné lieu à de nombreuses études. Cependant il ne manque pas de travaux magistraux sur ce sujet, pour ne citer que ceux de Cruveilhier, de Lebert, de Lancereaux ; outre quelques autres travaux, plusieurs thèses ont été faites sur la maladie qui nous occupe. De sorte, qu'on pourrait s'étonner de nous voir revenir sur une question suffisamment connue. Mais il nous paraît utile qu'on revienne de temps en temps aux questions les mieux étudiées en apparence, pour rechercher, si la science n'y

a point apporté quelque progrès. C'est dans ce but que nous entreprenons l'étude du carcinôme du péritoine.

Afin de rendre la description plus claire et de faciliter l'étude, nous ne décrivons que le cancer primitif du péritoine et le cancer consécutif à propagation rapide. En procédant de la sorte, nous éliminons évidemment tous les cas complexes, dans lesquels les symptômes dûs aux lésions des organes abdominaux, pourraient être attribuées aux lésions carcinomateuses du péritoine. De plus, en réduisant de cette manière la question à ses cas les plus simples, nous ne serons pas obligés d'étudier séparément les deux variétés du carcinôme, car les symptômes du cancer primitif et du cancer consécutif sont les mêmes.

ÉTIOLOGIE

Le cancer du péritoine est beaucoup plus rare que les manifestations cancéreuses des autres organes. Les causes de cette maladie se confondent avec celles du cancer en général, mais elles sont obscures. On a invoqué comme causes de la diathèse cancéreuse la prédisposition, l'hérédité, l'âge avancé, etc., mais toutes ces hypothèses n'é-

claircissent pas beaucoup l'étiologie de la maladie. Nous ne voulons pas répéter tout ce qui a été dit à ce sujet, nous nous bornerons simplement à donner quelques détails sur l'âge et le sexe, détails qui nous paraissent plus intéressants. A cet effet nous avons examiné 28 observations publiées dans le Bulletin de la Société anatomique, et nous en présentons le résultat dans le tableau suivant :

Age	Hommes	Femmes	Total
De 10 à 20	»	1	1
20 à 30	2	3	5
30 à 40	1	2	3
40 à 50	3	3	6
50 à 60	2	6	8
60 à 70	»	3	3
70 à 80	2	»	2
	10 hommes	18 femmes	28 cas.

Ce tableau nous montre que sur 28 cas de cancer du péritoine, il y en a eu 10 hommes et 18 femmes de malades ; ont peut en conclure par conséquent que les femmes sont atteintes plus souvent que les hommes. Quant à l'âge, le tableau nous montre que les cas sont plus fréquents entre 40 et 60 ans ; en quoi nous sommes d'accord avec les auteurs classiques, qui disent que le cancer a son maximum de fréquence entre quarante-cinq et soixante-cinq ans.

Nous trouvons en outre, qu'entre 20 et 30 ans les cas sont plus nombreux qu'entre 30 et 40 ans, ce qui nous

paraît anormal, mais Pétrina (1) aussi avait trouvé trois cas entre vingt et trente ans et deux cas seulement entre trente et quarante ans, dans les quarante cas qu'il a eu l'occasion d'observer. Lui aussi trouve le maximum de cas de cette maladie entre quarante et soixante ans (dix-neuf cas). A partir de soixante ans la maladie devient de plus en plus rare. Pétrina n'avait trouvé que 10 cas entre 60 à 70 ans, et 5 cas entre 70 à 80 ans. Quant à la répartition de la maladie entre les deux sexes, les résultats de Pétrina s'accordent avec les nôtres : sur 40 cas il trouva 16 hommes et 24 femmes.

(1) Ueber Carcinoma perito. (Prager Vierteljahrschrist für die praktische Heilkunde 1872, v. II. p. 49).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le carcinôme du péritoine peut être encéphaloïde, squirrhe ou colloïde, est exceptionnellement mélanique.

Il est primitif ou secondaire.

On appelle carcinôme primitif celui qui reste limité au péritoine, ou qui étant né dans le péritoine, n'envahit les organes abdominaux que consécutivement.

On désigne sous le nom de carcinôme secondaire celui qui nait d'abord dans un autre organe et ne se propage qu'ensuite à la séreuse abdominale.

Le carcinôme primitif est beaucoup plus rare que le consécutif. Quand à la forme du carcinôme qui se rencontre le plus fréquemment, les auteurs s'occupant de cette affection ne sont pas d'accord sur ce point Les uns (Cruveilhier) disent que c'est l'encéphaloïde qui se rencontre le plus souvent; les autres (Cornil et Ranvier, manuel d'histologie) affirment, que c'est au contraire le colloïde qui est le plus fréquent.

Nous allons maintenant décrire successivement les trois variétés du carcinôme.

Le cancer encéphaloïde du péritoine peut revêtir les aspects les plus divers. On le rencontre en effet dans les

membranes séreuses de la cavité abdominale quelques fois sous forme de noyaux mous grisâtres ou blanc-jaunâtres, dont le volume varie (ob. II, III, VIII) depuis la grosseur d'une lentille jusqu'à celle d'une noisette ou au moins d'une petite noix. Ces noyaux sont tantôt agglomérés et tantot disséminés ; ils présentent un aspect aplati, lisse, poli, ou bien rugueux et bourgeonnant. Quelquefois les noyaux sont sessiles, d'autres fois pédiculés. Il y en a encore, qui ont été comparés à des gouttes de cire à cause de leur forme et de leur couleur (ob. VIII). La surface de ces noyaux est sillonnée par de nombreux vaisseaux sanguins.

D'autres fois l'encéphaloide se présente sous la forme de plaques (ob. VIII) plus ou moins étendues et irrégulières.

Ces produits carcinomateux peuvent revêtir les deux feuillets du péritoine, les épiploons, les mésentères, les revêtements péritonéaux de la face inférieure du diaphragme, des organes abdominaux ; en un mot ils peuvent se rencontrer partout, même sur les anciennes fausses membranes et dans le parenchyme des organes abdominaux.

L'encéphaloïde du péritoine peut se présenter encore sous une forme nouvelle, dont l'aspect macroscopique ressemble, à s'y méprendre, à la tuberculose miliaire. — C'est le carcinôme miliaire qui peut aussi se généraliser dans les autres cavités séreuses de l'économie.

On le trouve sous l'aspect de granulations grises, blanc-jaunâtres ou rougeâtres qui recouvrent les deux feuillets du péritoine.

Ces granulations ont des dimensions variables : les

plus ténues sont du volume d'un grain de millet; les autres de la grosseur d'un petit pois; elles sont tantôt disséminés dans toute l'étendue du péritoine et tantôt confluentes. D'après Rokitansky le carcinôme de cette forme est toujours primitif et à marche aigue.

Enfin quelquefois (ob. I, V) la plus grande partie de l'épiploon peut être transformée en une masse encéphaloïde, irrégulière, molle, remplissant presque toute la cavité abdominale et comprimant les intestins. Dans d'autres cas, on peut rencontrer le grand épiploon envahi dans toute son étendue par des produits carcinomateux; il est réduit alors à une zône large de plusieurs centimètres sur quelques centimètres d'épaisseur.

Pour ne pas répèter ce qui a été dit sur le cancer encéphaloïde, nous serons brefs dans la description des deux autres variétés du carcinôme.

On rencontre le squirrhe (ob. IV, VI) dans tous les organes qui sont le siège de l'encéphaloïde. Le squirrhe aussi peut apparaître sous forme de granulations ou de noyaux disséminés ou confluents. Il arrive aussi que le péritoine pariétal est épaissi et forme une sorte de cuirasse cancéreuse (ob. IV). Son tissu est dur, larelacé, criant sous le scalpel, avec des reflets bleuâtres.

Le cancer colloïde (ob. VII) du péritoine atteint souvent des dimensions considérables. Le mésentère, le mesocôlon, et surtout l'épiploon en peuvent être atteints dans toute leur étendue et transformés en masses gélatineuses. Cependant, à côté de ces masses gélatineuses si considérables, on trouve quelques tubercules disséminés sessiles ou pédiculés.

Le carcinôme primitif du péritoine reste rarement limité à la membrane séreuse ; très-souvent il s'étend non seulement sur les revêtements péritonéaux des organes abdominaux, mais, comme cela a été ci-dessus mentionné, il peut même atteindre le parenchyme des organes abdominaux.

La dégénérescence carcinomateuse secondaire du péritoine de revêtement peut ne présenter qu'un simple épaississement diffus du péritoine, ou bien former des nadosités ou des plaques carcinomateuses à sa surface.

Dans certains cas, (ob. VIII) les organes abdominaux se trouvent entourés et même comprimés par des produits carcinomateux qui peuvent acquérir une grande épaisseur.

La dégénérescence secondaire du parenchyme des organes abdominaux n'est jamais bien considérable. On trouve dans l'épaisseur de ces organes quelques noyaux carcinomateux, mais jamais les organes précités ne se transforment en une masse carcinomateuse, comme c'est le cas par exemple dans le carcinôme primitif des ovaires ou des ganglions mésentériques.

Les lésions secondaires de certains organes abdominaux sont d'une importance telle, que nous croyons nécessaire de nous y arrêter un instant, d'autant plus que ces lésions peuvent expliquer certains symptômes survenant quelquefois dans le cours de la maladie.

Ainsi, l'épiploon gastro-hépatique, envahi par le cancer, peut provoquer une ascite parce qu'il comprime la veine-porte. Le cancer peut produire l'ictère (ob. II) en se propageant aux voies biliaires. — Les produits cancé-

reux, en envahissant les parois des intestins, peuvent les épaissir, obstruer leur calibre et provoquer ainsi les symptômes d'une occlusion intestinale.

Enfin, le néoplasme peut se répandre dans les parois des veines ou bien végéter dans leur cavité (ob. IX) et de cette manière produire des thromboses considérables. Dans d'autres cas les veines peuvent être comprimées par des carcinômes, sans que ces vaisseaux en soient atteints.

Les carcinômes du péritoine sont toujours accompagnés d'une péritonite plus ou moins intense. C'est dans cette péritonite qu'il faut voir en partie la cause de l'ascite dont le cancer du péritoine est toujours accompagné. C'est également la péritonite qui donne naissance aux néomembranes qui ne manquent presque jamais. L'épanchement abdominal peut être séreux, séro-sanguinolent ou même séro-purulent. La quantité du liquide est variable, mais d'ordinaire elle est assez considérable.

Les néomembranes déterminent des adhérences des intestins et des organes abdominaux entre eux et avec la paroi abdominale.

Observation I

(*Tirée de l'Atlas d'anatomie pathologique de Cruveilhier*).

Antoinette S....., âgée de 50 ans, entre à l'hôpital de la Charité le 5 décembre 1840. Jamais malade, n'a pas vu ses règles depuis 3 ans et demi : elle fait remonter sa maladie au mois d'avril,

époque où elle éprouva un saisissement occasionné par la mort imprévue de son frère. Depuis cette époque, elle a conservé dans l'abdomen une gêne assez considérable, mais son ventre n'est devenu volumineux, de manière à appeler son attention, que depuis un mois environ. Elle avait si peu d'inquiétude sur son état qu'elle n'a consulté M. N..., son médecin, que deux fois : la première fois il y a quinze jours, la deuxième fois il y a huit jours, encore s'est elle rendue chez lui. Etat actuel : abdomen volumineux, comme dans une ascite de moyennes dimensions. La fluctuation n'est pas évidente : il semble que le liquide dont la présence est d'ailleurs manifeste, soit contenu dans des loges ou retenu par des adhérences. Une pression brusque, exercée dans divers points, opérait le déplacement du liquide et donnait la sensation d'un corps dur, profondément situé. Du reste, la malade n'accuse aucune douleur : elle n'a jamais éprouvé qu'un sentiment de gêne et de tension dans l'abdomen. Jamais de diarrhée, jamais de vomissements, les urines sont peu abondantes : je diagnostique une péritonite chronique latente, probablement une péritonite tuberculose, dont j'ai eu occasion de voir plusieurs exemples qui m'avaient présenté les mêmes caractères cliniques. La malade mourut le lendemain matin.

Ouverture. — Plusieurs litres de sérosité sanglante étaient contenus dans la cavité abdominale, point de péritonite. Une masse encéphaloïde énorme, divisée en lobules, maculée de sang, remplissait l'hypagastre, les fosses iliaques, la région ombilicale et les régions lombaires. Les intestins grêles, excessivement resserrés sur eux-mêmes, représentaient pour le volume les intestins d'un enfant nouveau-né; il en était de même du gros intestin. La masse encéphaloïde naissait évidemment du petit bassin : le grand épiploon se confondait avec elle et avait subi la même dégénération, dans la moitié inférieure; il était sain dans la moitié supérieure. Cette masse était d'une mollesse telle, qu'elle se déchirait par le plus léger contact. Je la fis enlever evec les organes contenus dans la cavité pelvienne, à l'aide d'une

section pratiquée sur le pubis de chaque côté de la symphise et je vis que la vessie était parfaitement saine, que l'utérus étai aussi parfaitement sain, que la tumeur naissait entre l'utérus et le rectum, qu'elle prenait en quelque sorte racine de la portion du péritoine qui revêt la face postérieure de l'utérus et de celle qui revêt la face antérieure du rectum, que le grand épiploon qui venait adhérer au fond de l'utérus avait lui-même subi la dégénération dans toutes les parties qui répondaient à la tumeur. Au milieu de cette masse, il fut impossible de retrouver les ovaires et les trompes : soit que ces organes eussent été le point de départ de la maladie, soit qu'ils eussent été consécutivement envahis : le tissu de l'utérus était d'ailleurs dans l'état le plus parfait d'intégrité. On voyait la végétation encéphaloïde naître de la surface libre du péritoine qui revêt la face postérieure de l'utérus, de sorte qu'il était facile d'enlever, en râclant, toute la tumeur, sans altérer en rien le tissu de l'utérus, qui n'était nullement hypertrophié. Rien n'égalait la mollesse de cette énorme tumeur, qu'il suffisait de comprimer légèrement pour la déchirer. Une section, pratiquée dans divers sens, a montré que le tissu de cette tumeur était blanc et mou à la manière d'une crême, ou mieux, à la manière du cerveau d'un jeune enfant, que ce tissu était pénétré de vaisseaux sanguins très considérables, d'apparence veineuse, dont un grand nombre était le siège d'une phlébite caractérisée par la coagulation du sang adhérent aux parois veineuses. Cette masse encéphaloïde était en outre parsemée d'une multitude de foyers sanguins, qui donnait à ce tissu l'aspect d'un cerveau frappé d'apoplexie. De ces foyers sanguins qui constituaient en volume la moitié ou les 2/3 de la tumeur, les uns étaient d'une date toute récente, les autres d'une date ancienne annoncée par l'altération qu'avait subi le sang.

Du reste, il n'existait aucun tubercule dans tout le reste de l'étendue du péritoine; intégrité parfaite du foie qui avait été refoulé en haut et qui était petit ainsi que la rate, intégrité de l'estomac et des organes contenus dans la cavité thoracique.

Observation II

(*Tirée de la thèse de Fournaise, 1872, p.18*).

Femme E..., 53 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 20 février 1872. Elle est couchée au n° 4 de la salle Sainte-Geneviève. Réglée à 21 ans, elle a cessé de l'être à 39. Cette femme, bien constituée, a eu quatre enfants, elle a été vaccinée et n'a eu d'autre maladie qu'une inflammation dans le ventre, dit-elle, il y a cinq ans. Elle a été prise il y a six mois de douleurs dans le ventre, avec irradiation vers les régions inguino-crurales. Aujourd'hui, elle est notablement émaciée, son appétit a diminué. Il y a huit jours, elle a été prise d'un ictère subit. Quelques muscles, notamment ceux du thorax, paraissent atrophiés. Abdomen un peu développé. Ganglions inguinaux saillants, quelques-uns d'entre eux mobiles, petits, d'une dureté comparable à celle du bois. Les ganglions du côté droit offrent une certaine analogie avec l'adénopathie syphilitique, en ce sens qu'autour d'un ganglion volumineux on en trouve d'autres plus petits ; la différence se fait remarquer dans la sensation que fournit le ganglion médian. Celui-ci présente une dureté caractéristique pour un doigt exercé. Sur la paroi abdominale, tumeurs maronnées, indurées, mobiles, disséminées à droite et à gauche de l'ombilic. Le foie ne déborde pas les côtes. Régions axillaire, cervicale et poplitée, exemptes d'adénopathie. Col de l'utérus entr'ouvert, dur, sans altération manifeste. Pas d'épistaxis. Pouls à 68. Rien d'anormal au cœur. Pas de diarrhée. Urine colorée par la bile. Huile de ricin, 20 grammes. Vin de quinquina, 2 degrès. 21 février, pouls à 72. Ictère plus intense. Peau plus chaude. Météorisme assez accusé. Vomissements la nuit dernière. 2 mars, pouls à 72.

Physionomie assez bonne. 8 mars, abdomen tendu et volumineux, Les douleurs, jusqu'alors supportables, sont devenues très vives et font jeter des cris à la malade. Yeux excavés, lèvres cyanosées, teinte ictérique plus prononcée. Pouls à 96. Douleurs abdominales aggravées par la pression la plus légère, par les mouvements et par la toux. 9 mars, frissons. Vésicatoire et glace sur le ventre. Injection sous-cutanée de chlorhydrate de morphine. 12 mars, vomissements. 13 mars matin, *ut supra*. Pouls à 96. Météorisme très accusé. Abdomen excessivement douloureux. 13 mars soir, yeux excavés, traits altérés. Pouls à 86. Tension abdominale extrême. Vive oppression. Vomissements fréquents. Application de 10 ventoûses. 14 mars, mort.

Nécropsie — 15 mars. Poumons, libres dans la cavité thoracique, un peu emphysémateux au niveau de leur bord antérieur, quelques taches ecchymotiques à leur base. Il existe au niveau du lobe inférieur du poumon gauche un kyste de la grosseur d'un marron, situé sur la plèvre et peu adhérent aux parties voisines. La capsule fibreuse de ce kyste est mince et incrustée de sels calcaires.

Bronches normales. — *Aorte* bien dilatée, pas d'endocardite appréciable. Valvules suffisantes. Les valvules mitrale et sigmoïdes un peu opalines sont, ainsi que le cœur, colorées par la bile.

Cerveau. — Artères normales et méninges transparentes. La substance cérébrale est ferme et ne présente pas d'altération. Liquide ventriculaire et toile choroïdienne colorés par la bile.

Intestins. — Les anses intestinales adhèrent entre elles par des fausses membranes récentes. Entre ces anses existe un liquide bleuâtre contenant vraisemblablement une petite quantité de pus. Grand épiploon revenu sur lui-même et pigmenté, adhérant au côlon transverse, il est le siège de petites masses carcénomateuses.

Estomac. — Normal.

Foie. — Augmenté de volume, parenchyme assez ferme ; il présente à la coupe l'aspect du porphyre, capsule de glisson épaissie et couverte à la partie moyenne de masses carcinomateuses. Vésicule biliaire rétractée et contenant un liquide analogue à une solution de gélatine. Le canal cystique est obstrué par l'envahissement du carcinôme à 0,02 c. de son embouchure dans le canal cholédoque. Au-dessous du canal cystique, le canal cholédogue est intact.

Rate. — Elle présente un infractus sanguin, résultat de la compression exercée par une masse carcinomateuse, située au niveau du hile de l'une des branches de l'artère splénique. Quelques petites masses analogues à ces tubercules existent près du hile.

Pancréas. — Induré, vers sa tête il existait de petites masses cancéreuses.

Gros intestin. — Son calibre est rétréci en plusieurs points. Ces rétrécissements existent surtout au niveau du côlon transversé et sont produits tout à la fois par la rétraction de l'épiploon et par la production de masses carcinomateuses développées sous forme de noyaux de la grosseur d'une petite cerise à la face profonde du péritoine. Mêmes altérations dans le tiers inférieur du rectum. Quelques-unes de ces masses carcinomateuses font saillies à l'extérienr et sont ulcérées à leur centre. Ganglions mésentériques carcinomateux. Fèces décolorées. Intestin grêle, altéré en quelques points.

Reins. — Pas d'altération sensible. Substance corticale jaune, pyramides colorées par la bile. Quelques ganglions lombaires sont carcinomateux. Ganglions inguinaux petits, indurés, adhérents. *Utérus*, péritoine péri-utérin épaissi, induré, et atteint par le cancer. Kyste séreux au niveau du fond de l'utérus.

Observation III

(Tirée de la Gazette médicale de 1854, p. 242)

Cancer encéphaloïde du mésentère observé sur une vieille femme par M. Laboulbène

Malade, entrée depuis l'année dernière, dans la salle Saint-Basile, à la Charité. Avant la mort ascite considérable, œdème des extrémités inférieures, teinte jaunâtre, cachectique, des téguments. Douleurs vives dans l'abdomen. Tumeur considérable, mal limitée dans la fosse iliaque gauche. Indépendante de l'utérus, cette tumeur éveillait l'idée d'une masse cancéreuseliée peut-être à l'ovaire. Col utérin normal. Nécropsie. Quantité considérable de liquide dans la cavité abdominale. On reconnaît, au premier coup d'œil une affection cancéreuse. Les masses cancéreuses variant entre elles pour la grosseur, depuis le volume d'une lentille à celui d'une noisette ou d'une petite noix, au moins, sont disséminées sur toute l'étendue du péritoine. La surface convexe des intestins, duodenum et iléon, en présente une très-grande quantité, principalement sur le bord adhérent. Elles sont plus rares sur le bord libre, arrondi, mais existent néanmoins, en grande quantité. Le gros intestin, le cœcum, le côlon, dans leurs diverses parties, en sont parsemés. L'appendice iléo-cœcal est englobé dans une masse du volume d'un œuf, mais la cavité est encore saine et ne renferme aucun détritus cancéreux ou autres. La surfaee convexe du foie est ainsi que la face inférieure du même organe semée d'une dizaine de petites tumeurs qui ne pénètrent que faiblement dans la substance de la glande et sont élargies,

sous-péritonéales, non déprimées à leur centre. La rate offre à la surface quatre petites masses cancéreuses, aplaties qui ne s'enfoncent que très-peu profondément dans les tissus spléniques. Pancréas sain, canal de Wirsung et voies biliaires libres. Toutes les petites masses cancéreuses paraissent être situées sous le péritoine et ont un aspect lisse, poli à leur surface. La tumeur sentie, pendant la vie, à travers les parois de l'abdomen, est formée par une masse cancéreuse, allongée, elliptique, d'un blanc jaunâtre, dirigée suivant l'axe du mésentère, un peu convexe du côté des téguments, concave en sens opposé, du côté de la colonne vertébrale. Cette masse homogène, assez régulière et lisse, est composée de tissu encéphaloïde, développé dans l'épaisseur du mésentère, faisant saillie sur la face inférieure de ce repli péritonéal et ayant refoulé comme dans des gouttières latérales la plus grande partie de l'intestin grêle. Plusieurs personnes, après avoir examiné, pendant l'autopsie, cette curieuse tumeur, ont été d'avis qu'elle paraît s'être développée dans le mésentère. L'utérus n'offre rien d'anormal dans son corps, ni au col, mais l'ovaire droit est le siège d'un kyste de la grosseur du poing, à parois résistantes, plein d'un liquide citrin, transparent, sans grumeaux. Ce kyste qui pouvait être senti pendant la vie, rendait le diagnostic précis plus embarrassant. Aorte et grosses veines de l'abdomen libres. *Foie*, *rate*, *pancréas*, *intestins*, *utérus*, *vessie*, normaux. *Reins* et *urétères* sains. *Cerveau* normal.

Examen microscopique. — Il a été fait sur des préparations différentes et a permis de reconnaître des cellules rondes ou irrégulières, des noyaux cancéreux libres, presque arrondis ou légèrement ovoïdes ayant de 0 m. 015 millim. à 0 m. 002 millim. présentant un aspect graisseux et des bords nets bien marqués.

Obrervation IV

Tirée de la revue photographique des hôpitaux. Bourneville

Lebail..., Alexis, homme de peine, était âgé de 42 ans à son entrée à l'hôpital Saint-Louis, le 25 février 1868 (service de M. Proust). A part des croûtes dans les cheveux et des glandes au cou, puis une varioloïde pendant son enfance, sa santé aurait été très-bonne jusqu'à l'âge de 27 ans, époque où il vint à Paris. Dans les premiers temps de son séjour il eut de la nostalgie, et pendant six mois environ, il fut sujet à la diarrhée. Il boit le matin un ou deux petits verres d'eau-de-vie, rarement trois, et dans la journée un litre et demi à deux litres de vin. Il ne se serait pas enivré depuis deux ans. Durant une partie des années 1867 à 1868, il a été sujet à des pituites. Enfin vers 30 ans, il a eu à trois reprises différentes des *étourdissements* avec perte de connaissance pendant deux à trois minutes. L. dit que son ventre a commencé à grossir il y a deux mois, et cela sans la moindre douleur. Aujourd'hui, 9 mars, on constate que le ventre, à la hauteur de l'ombilic, mesure 1 m. 02 de circonférence : tous les signes de l'ascite sont évidents. Il n'y a ni œdème des pieds, ni altération des bruits du cœur, ni ictère,

15 *mars*. — Le ventre mesure 1 m. 06. Les veines sous-cutanées sont distendues en descendant du sein vers l'ombilic, surtout à droite. On retire par la ponction abdominale 8,700 grammes d'un liquide clair, légèrement citrin qui, d'après M. Menière, est ainsi composé : Eau, 463 gr. 6; albumine, 520 gr.; phosphate de fer, 0 gr. 40; chlorure de sodium, 16 gr. Le malade sort le 20 mars.

7 *avril.* — L... revient à l'hôpital, Le ventre mesure 1 m. 05. Une deuxième ponction, faite le 21 avril, permet de retirer 9 litres et demi de liquides.

27 *mai.* — Le ventre est revenu à son volume primitif. P. 72, R. 20, T. R. 37°, 1. L'influence de la ponction sur le pouls et la température a été bien légère. Le 28 mai, P. 78, R. 21 ; T. R. 37°, 7. Douches en pluie.

17 *juin.* — Langue saburrale ; inappétence, aigreurs, selles régulières un peu diarrhéiques. Le foie ne remonte pas tout à fait jusqu'au mamelon. Ipéca 2 grammes. Le 23 nous pratiquons la quatrième ponction (9 litres d'un liquide citrin légèrement visqueux). Avant la ponction : P. 76, R. 22, T. R. 27°, 4 ; après : P. 78, R. 18, T. R. 37°, 4. *Exeat* le 26 juin.

16 *août*— Œdème des membres inférieurs et des bourses. Cinquième ponction, 15 litres. *Exeat* le 18 août.

9 *septembre.* — Le ventre a 1 m. 12 de circonférence. L'œdème des membres inférieurs, des bourses, du penis, est très-prononcé. Sixième ponction, 13 litres d'un liquide clair, limpide, plus pâle que précédemment. L... a beaucoup maigri depuis deux mois. Cependant l'appétit est assez bon, il n'y a aucune trouble de la digestion ; les selles sont régulières et le plus souvent diarrhéiques non sanglantes. La percussion de la région hépatique donne une matité de 6 à 7 centimètres. Pas d'ictère. La miction est normale, les urines ne contiennent pas d'albumine. Le malade dit avoir des sueurs fréquentes depuis 7 à 8 mois. Le sommeil est bon. Le pouls est petit.

5 *octobre.* — L'œdème des membres inférieurs a presque disparu. L... se plaint de douleurs siégeant à la partie moyenne et externe de la cuisse gauche. Le ventre mesure 1 m. 12 ; on voit donc que le liquide se reproduit de plus en plus vite. Septième ponction : 14 litres d'un liquide clair, eau, 705 grammes ; albumine, 290 grammes ; chlorure de sodium, 5 grammes ; sulfate de fer, traces. (D'après Menière).

8 *octobre.* — Le malade présente une coloration rouge érythémateuse des pieds et des jambes qui, à la main, semblent glacés.

Il n'y a pas du reste de trouble dans la sensibilité. Le 13, la coloration était violacée, le refroidissement persistait. La peau à ce niveau, est pour ainsi dire indurée, l'empreinte du doigt ne s'y produit que si l'on exerce une pression assez forte. Les veines des jambes ne sont pas dilatées.

16 Octobre. Dans les premiers temps, on avait supposé, avec réserve toutefois, que l'ascite était due à une cirrhose. M. Hardy pense qu'il y a un dédoublement du premier bruit du cœur, et, sans affirmer que l'hydropisie tient à une lésion de cet organe, il croit qu'il ne s'agit pas là d'un cas de cirrhose. M. Hardy fait remarquer en outre, que le ventre a une forme, en quelque sorte spéciale, qu'il pointe comme celui d'une femme enceinte ; il n'est pas affaissé, étalé sur les côtés comme dans les ascites symptomatiques. Il inclinerait volontiers à croire à l'existence d'un kyste.

2 Novembre. Après avoir retiré une partie seulement du liquide. M. Hardy injecte 200 grammes de la solution suivante :

Alcool.	250	grammes.
Teinture d'iodure.	250	—
Solution d'iodure de potassium.	150	—
(1 gr. pour 15).		

Aussitôt après l'opération P. petit à 80 ; T. R. 36°9. L'injection a occasionné une douleur très-vive que le malade compare à des coliques ; elle aurait duré environ un quart d'heure. Une demi-heure plus tard, le malade a du larmoiement, éprouve du vertige, de la pesanteur de tête ; il se plaint d'une soif vive et de sècheresse de la gorge.

Soir. A midi, à la suite des nausées, L... a vomi des glaires, il a eu chaud et a été assoupi. Le ventre est à peine douloureux ; de temps en temps quelques coliques. Miction naturelle. P. 60 ; T. R. 38°5.

3 Novembre. Insomnie. Vomissement alimentaire. Langue blanche, humide, soif assez vive mais moindre qu'hier ; anorexie, ventre à peine sensible, un peu tendu. Pas de gardes-robes. Le

malade a uriné une fois. P. 116; T. R. 38°. Collodion sur le ventre. — *Soir*. P. 112 ; T. R. 39°4.

4 Novembre. Sommeil médiocre. Nausées, langue humide, nette. Le ventre augmente de volume, 1 m. 02, et parfois est le siège de quelques douleurs. Constipation P. 114; T. R. 37°9. — *Soir*. P. 112; T. R. 39°. L... a encore vomi à onze heures.

5 Novembre. P. 128 ; T. R. 38°2. Tous les accidents attribuables à l'injection iodée ont disparu. — *Soir*. P. 120; T. R. 39°.

6 Novembre. P. 116 ; T. R. 38°. — *Soir*. P. 120 ; T. R. 38°8.

7 novembre. Le ventre a 1 m. 06 de tour. Léger embarras gastrique. P. 106; T. R. 38°4. La peau de la face est terreuse, les yeux sont enfoncés dans les orbites (amaigrissement). — *Soir*. P. 84 ; T. R. 38°8. Les urines, examinées à l'aide de l'acide azotique et de l'amidon contiennent de l'iode.

8 Novembre. Le ventre à peu près tout-à-fait indolore, mesure 1 m. 07. P. 98; T. R. 38°. — *Soir*. P. 116; T. R. 39°1.

9 Novembre. Le ventre égale 1 m. 08. P. 96; T. R. 38°8. — *Soir*. P. 118; T. R. 39°3. Les fonctions digestives s'opèrent mieux ; deux selles diarrhéïques. L'œdème des pieds et des jambes reste le même.

10 Novembre. Le malade a bien dormi, c'est la première fois depuis la ponction Il se lève ; P. 108; T. R. 37°8.— *Soir*. P. 110; T. R. 38°2. Dans les jours suivants, la température a oscillé entre 37°6 et 38°6, le pouls entre 96 et 112.

17 Novembre. L'œdème a envahi la cuisse, les bourses et la verge. Le ventre égale 1 m. 16. Neuvième ponction; 14 litres. — *Soir*. P. 100 ; T. R. 37°9. Cette température, ainsi que celles qui ont été notées le 27 et le 28 mai, indique bien que l'élévation thermique, enregistrée le 2 novembre au soir, est due à l'injection iodée. On ne sent aucune tumeur dans la cavité abdominale. Le foie paraît peu volumineux. Les bruits du cœur semblent normaux. Le ventre mesure 64 centimètres.

23 et *24 Novembre*. Le ventre égale 1 mètre. Voici la composi-

tion du liquide de la dernière ponction : eau 717 grammes ; albumine, 260 grammes ; chlorure de sodium, 15 grammes ; sulfate de soude, 8 grammes ; fer traces (Menière).

6 Décembre. Le ventre mesure 90 centimètres. Le 21 décembre on ne trouve plus que 94 centimètres. Au palper, on sent à gauche de l'ombilic, au niveau de l'hypochondre et du flanc gauche, une sorte de plaque qui paraît confondue avec la paroi abdominale. A droite au contraire, le ventre est souple.

27 décembre. La peau de la face a un aspect moins terreux, les yeux sont moins excavés. L... se trouve beaucoup mieux portant; l'appétit, les forces reviennent. Le ventre n'a plus que 90 centimètres de circonférence.

1870, *14 Janvier.* L'aspect général est meilleur. Les fonctions digestives s'exécutent bien. Le ventre mesure 88 centimètres. Au palper, on sent une espèce de plaque irrégulière semblant faire partie des parois abdominales mesurant 13 centimètres environ de hauteur commençant au-dessous des fausses côtes gauches où elle est peu dure et assez étroite, atteignant son maximum de largeur au niveau de l'ombilic, puis à partir de là se rétrécissant peu à peu. A droite de l'ombilic et en remontant vers le tiers interne du rebord costal droit on dirait qu'il y a aussi quelque chose d'analogue à ce que nous avons décrit à gauche. Matité de la région hypogastrique (ascite). — Le *15 janvier*, exeat pour l'asile de Vincennes.

A la fin de janvier l'état général était satisfaisant ; L... se disait aussi vigoureux qu'avant sa maladie. La peau était fraîche, rosée; le ventre n'avait que 85 centimètres. L'induration en plaque que nous avons signalé persistait. — Nous avons revu cet homme à diverses reprises jusqu'au commencement de la guerre. Sa situation n'avait pas sensiblement changée. Le ventre restait assez volumineux, la plaque semblait descendre de plus en plus et gagner un peu en largeur ; elle s'avançait progressivement vers la ligne médiane.

1871. D'après les renseignements qui nous ont été donnés par M. Soison, L... est venu de temps à autre à l'hôpital Saint-Louis.

Sa condition ne paraissait pas changer notablement. — Toutefois on avait remarqué qu'il maigrissait un peu surtout à la face qui redevenait terreuse. Enfin il est rentré à l'hôpital le 7 septembre pour une *pneumonie* qui avait envahi tout le poumon droit et à laquelle il a succombé le 10 septembre.

Autopsie. — Hépatisation rouge et grise des trois lobes du *poumon droit.* Un peu de congestion du poumon gauche. Rien de particulier au *cœur.* — Le *foie* présente quelques noyaux cancéreux d'un blanc jaunâtre durs, superficiels, ayant la grosseur d'une fève ou d'un pois ; pas de calculs. — Les *reins,* la *vessie* n'offrent aucune altération. Le *péritoine* qui tapisse la face interne de la paroi antérieure de l'abdomen est épais et très-adhérent aux enveloppes aponévraliques sous-jacentes dans une très grande étendue, mais surtout au voisinage et à gauche de la ligne médiane. Une fois détaché, soit par déchirure soit par dissection, on constate qu'il forme une sorte de *cuirasse cancéreuse* ayant dans certaines régions (hypochondre et surtout flanc gauche) une épaisseur de 1 à 4 centimètres. Le maximum de la lésion existe des fausses côtes gauches à la partie moyenne de la fosse iliaque correspondante. La rate dont la capsule est altérée, se trouve englobée dans la cuirasse cancéreuse. Son tissu un peu ramolli parait d'ailleurs sain. Epanchement considérable de sérosité dans la cavité péritonéale. — Le *mésentère,* les parties latérales du péritoine quoique à un moindre degré, sont envahies par le cancer. Il en est de même des ganglions mésentériques qui sont hypertrophiés. La *muqueuse stomacale* est normale. Au niveau de la petite courbure de l'estomac une incision montre que le feuillet péritonéal est altéré, squirrheux et mesure près d'un centimètre d'épaisseur ; les ganglions voisins sont hypertrophiés et cancéreux. — Les intestins sont exempts de toute altération.

Observation V

(*Tirée de la thèse de Lorreyte, p. 35*)

Le 9 janvier 1873 entre à l'hôpital Lariboisière, n° 21, salle Sainte-Joséphine, service de M. Millard, la nommée Th..., âgée de trente-neuf ans.

Antécédents. Interrogée avec soin au point devue de l'hérédité, elle ne nous apprend rien qui puisse se rapporter à sa maladie actuelle. Elle a eu, il y a treize ans, un enfant qui se porte très-bien. Jamais elle n'a été gravement malade. Les accidents qui l'amènent à l'hôpital ne remontent pas au-delà de deux mois. A cette époque elle a ressenti dans la région abdominale, à gauche de l'ombilic, des douleurs intermittentes, sourdes d'abord, et dont l'intensité n'a fait que s'accroître. Quelques jours plus tard, elle s'est aperçue que son ventre grossissait. Elle n'a jamais eu grand appétit; mais un mois avant sa maladie elle a commencé à éprouver du dégout pour les aliments; actuellement elle ne prend guère que du bouillon et du lait. Pendant tout le mois qui a suivi l'apparition des premières douleurs, elle a eu des vomissements fréquents qui n'existent plus aujourd'hui. Elle a subi chez elle deux ponctions abdominales; à huit jours d'intervalle. La dernière qui a été pratiquée le jour de Noël, a donné issue à environ trois litres d'un liquide rougeâtre, sanguinolent. Les règles sont supprimées depuis deux mois.

Etat actuel. — En examinant cette malade, ce qui frappe au au premier abord, c'est son état cachectique. Les traits sont tirés, les yeux excavés, le sillon naso-labial profondément creusé.

L'élasticité de la peau est presque entièrement perdue, ce dont on peut s'assurer par la permanence des plis qu'on lui imprime. Le ventre considérablement distendu, est sillonné par des veines volumineuses qui se dessinent sous les téguments en traînées presque rectilignes. Le palper et la percussion font reconnaître l'existence d'une ascite abondante. La région hypogastrique et les flancs sont le siège d'une matité absolue, de même que l'hypochondre gauche. On ne trouve de sonorité qu'au niveau de l'épigastre. La peau de l'abdomen est distendue, luisante, elle offre des vergetures nombreuses et elle est marbrée en certains points par des taches rouges, ecchymotiques, de forme irrégulièrement circulaire, dont les dimensions varient entre un demi-centimètre et un centimètre de diamètre. Au palper, on a la sensation de noyaux durs, inégaux, occupant la cavité abdominale. Quelques-uns paraissent superficiels, contigus à la paroi, tandis que d'autres en sont séparés par une couche de liquide. Toute la région hypogastrique donne à la main la sensation d'un gâteau volumineux qui remonte vers l'ombilic, en se dirigeant surtout vers le côté gauche, pour aller se perdre en haut sous le rebord costal du même côté.

Les membres inférieurs sont œdématiés depuis deux jours seulement au dire de la malade.

Rien d'anormal au cœur ni aux poumons.

Par le toucher vaginal, on constate que l'utérus est presque immobile ; le col est tout-à-fait sain.

Il n'existe aucun trouble de la miction ; l'urine ne contient pas d'albumine.

La langue est rouge, sèche, sur sa base de même que sur la face inférieure du voile du palais, on aperçoit des plaques blanches de muguet.

La malade n'est point allée à la selle depuis deux jours; l'appétit est complètement perdu ; mais il n'existe plus de nausées ni de vomissements. P. 80, petit, filiforme.

Il existe de la gêne de la respiration due à la distension du ventre. Depuis deux mois, la malade est tourmentée par une in-

somnie qui paraît tenir à l'intensité des douleurs abdominales.

Les téguments sont très-pâles, mais ne présentent point la teinte jaune paille que l'on a donnée comme caractéristique des affections cancéreuses.

Traitement. Lait. bouillons, potages, julep morphiné.

Les jours suivants l'oppression fait des progrès. Les scalènes, le sterno-cléido-mastoïdien, tous les muscles inspirateurs accessoires se contractent énergiquement pour dilater la cage thoracique; le ventre grossit de plus en plus, l'œdème se généralise et, enfin, la malade meurt le 17 janvier.

Autopsie. — Abdomen. — Tous les organes contenus dans la cavité abdominale sont adhérents entre eux, excepté les deux reins qui se laissent facilement détacher et ne présentent aucune lésion apparente. Le péritoine contient une grande quantité d'un liquide légèrement teinté de rouge. A première vue, il est difficile de reconnaître les différents viscères. Ce qui frappe tout d'abord, c'est un bloc volumineux, mamelonné, jaunâtre, strié de rouge carmin et occupant tout le grand épiploon. Cette énorme tumeur, par son poids a attiré le côlon transverse vers la partie inférieure et gauche du ventre, laissant ainsi à découvert une grande partie de l'estomac, au-devant et dans le paroi antérieur duquel se trouve une production cancéreuse jaunâtre, striée de rouge, arrondie, et ayant environ un décimètre de diamètre.

La masse épiploïque a une longueur de trois décimètres sur dix à quinze centimètres de largeur et cinq à six centimètres d'épaisseur. Sa surface antérieure est assez régulièrement marronnée. Son bord inférieur offre des bosselures très-distinctes qui se dessinent encore davantage sur la face postérieure, où l'on trouve des noyaux nombreux, de la grosseur d'une noix, sillonnés de taches et de stries bleuâtres. Ces dernières sont formées par des vaisseaux dilatés.

L'estomac n'est envahi par la dégénérescence que sur sa paroi antérieure et dans ses deux tuniques externes. Sa muqueuse est parfaitement saine.

Le gros intestin et l'intestin grêle sont rouges, et sous la séreuse qui les tapisse, on découvre de fines arborisations vasculaires ; leurs anses adhèrent entre elles au moyen de fausses membranes faciles à déchirer.

Au mésentère sont appendues de nombreuses masses lobulées, bosselées, ayant le volume d'un marron.

La surface péritonéale du petit bassin est le siège de champignons semblables, au milieu desquels sont perdus la vessie et l'utérus. Quand on pratique des coupes sur ces viscères, de même que sur les ovaires et les trompes, on peut se convaincre que leur parenchyme n'est point lésé.

La rate se trouve comprise dans une masse adhérente au diaphragme et de même nature que celles dont nous avons rencontrées en différents points du péritoine.

Le foie adhère aussi en partie à la face inférieure du diaphragme. De même que la rate, il ne présente aucune trace de lésion carcinomateuse.

Les ganglions mésentériques sont augmentés de volume. Tous les autres organes sont sains.

A la coupe, tous les noyaux cancéreux et la grosse masse épiploïque offrent les mêmes caractères ; la surface incisée laisse suinter un suc laiteux quand on la comprime. Ce tissu pathologique est mou et offre les caractères extérieurs de l'encéphaloïde.

Observation VI

(*Tirée du Bulletin de la Société anatomique, 1863, p. 226 Chaumel*).

Homme de 54 ans, entré dans le service de M. Beau à la Charité, le 13 avril, 1863. Arrivé à l'hôpital dans un état de cachexie très-

avancé, il faisait remonter sa maladie au mois de décembre de l'année dernière; ses organes digestifs fonctionnaient mal; il avait de l'anorexie et souffrait vaguement dans l'abdomen, vers la fosse iliaque. Il ne vomissait pas et ressentait seulement quelques coliques, sans avoir jamais présenté la teinte ictérique, sans avoir eu de diarrhée continuelle ou d'hémorragie. Il y a un mois environ, il s'est aperçu que son ventre commençait à gonfler, et en peu de temps ce développement a été assez rapide pour rendre une ponction nécessaire. La ponction n'a amené qu'un soulagement momentané; le liquide s'est reproduit, et c'est alors que le malade est entré à la Charité. On y a constaté avec les traits bien évidents d'une cachexie une douleur sourde siégeant dans le flanc et dans l'hypochondre droit. Une quantité considérable de liquide occupait le péritoine, et l'on ne pouvait explorer les organes abdominaux. On s'est bientôt décidé à faire une seconde ponction, et l'on a retiré dix litres de liquide séreux, limpide, Après cette opération, on a pu constater, en déprimant la paroi abdominale, une vaste tumeur ayant une certaine mobilité et offrant plusieurs bosselures. Les membres inférieurs n'étaient pas œdémateux. Après l'arrivée à l'hôpital, la situation s'est aggravée ; la diarrhée est devenue continuelle ; le liquide s'est reproduit, et il a fallu faire une troisième ponction. Enfin, le 10 mai, la mort a eu lieu. Peu de jours avant, l'épanchement péritonéal était devenu tel,qu'il soulevait le diaphragme et causait des phénomènes d'asphyxie mécanique. On avait dû ponctionner l'abdomen une quatrième fois, la veille de la mort.

A l'autopsie, on a rencontré une vaste masse cancéreuse siégeant dans le mésentère, enfermée par une portion de l'iléon, et semblant homogène plutôt que formée par la réunion de tumeurs multiples. Cette tumeur possédait à la coupe les caractéres assignés aux tumeurs squirrheuses. Son tissu était dur, lardacé, criant sous le scalpel, avec des reflets bleuâtres. C'était bien un cancer primitivement développé dans le mésentère et se propageant peu à peu à l'intestin. Ce dernier, en effet, était seulement malade à son insertion mésentérique. Là, ses tuniques étaient

parsemés de petites masses végétantes; faisant une saillie peu considérables et diminuant à peine le calibre de l'organe. Dans l'intérieur de la masse cancéreuse existaient des vaisseaux artériels, à orifices largement ouverts, et qui ne semblaient pas avoir souffert beaucoup de la compression. En présence d'une lésion de ce genre, l'examen microscopique devenait superflu. L'autopsie n'a fait découvrir aucune apparence de dégénérescence cancéreuse autre part que dans le mésentère. On n'a pas trouvé non plus de dépôts tuberculeux dans les poumons. Mais il faut signaler un détail intéressant de l'examen cadavérique. Le cœur droit contenait des caillots fibrineux se prolongeant dans l'artère pulmonaire et dans les veines caves.

Observation VII (*résumée*)

Bulletin de la soc. anatomique 1873. MM. Cornil et A. Robin

Pas d'antécédents héréditaires ni de maladies antérieures. Là santé a toujours été parfaite [illegible] a eu trois couches et deux fausses couches. La première couche a été triple; un seul des enfants a survécu quelques jours. Dernière couche il y a dix-sept ans. Elle a deux filles bien portantes.

Six mois environ après sa dernière couche, elle sentit dans le flanc gauche un corps dur, arrondi, peu mobile et peu douloureux à la pression. Cette tumeur l'inquiétant, elle alla trouver un médecin qui lui dit qu'elle avait dans la matrice une tumeur grosse comme un œuf. Jusqu'en 1870, régles normales; mais à cette époque, une métrorrhagie fait entrer la malade dans le service de M. le professeur Gosselin.

Cette hémorrhagie fut subite et sans cause connue, abondante.

Elle dura quatre mois. On en vient à bout par le tamponnement. La tumeur toujours stationnaire fut considérée comme un corps fibreux. La malade, après cinq mois de séjour l'hôpital, sortit complétement guérie de sa perte.

Depuis ce temps, elle n'a jamais été bien réglée. Du reste, elle arrêtait le sang au moyen d'injections dans la crainte d'une métrorrhagie.

Pendant toute cette période, l'état général était bon et toutes les fonctions s'accomplissaient normalement.

En avril 1872, les règles cessèrent pour ne plus reparaître. En même temps le ventre augmenta peu à peu de volume ; une nouvelle tumeur apparut dans la région hypogastrique, mais cette fois à droite. En septembre, le ventre devient douloureux, la malade fut obligée de garder le lit et rendit par le vagin un corps de forme indéterminée, gros comme la moitié du poing dans lequel elle crut reconnaître la présence de bouts d'os.

A partir de ce moment, le ventre s'accrut rapidement, la santé s'altéra ; perte de l'appétit, alternatives de diarrhée et constipation. Amaigrissement très rapide et perte des forces.

Elle entra à la Charité le 26 mai 1873. Femme très brune, pâle, sans teinte cachectique. Amaigrissement considérable contrastant avec le volume énorme du ventre. Celui-ci est bombé. Pas de douleurs à la palpation, pas de bosselures. A la percussion, matité générale, excepté dans une petite partie de la région sus-ombilicale. Cette matité ne se déplace pas par le changement de position du corps. La fluctuation est très manifeste, très facile à percevoir, très superficielle. La malade elle-même perçoit très bien les ondulations en se remuant.

Le toucher vaginal ne révèle rien. Un peu d'écoulement leucorrhéique.

Respiration courte, difficile, dyspnée, rien à l'auscultation ni à la percussion.

Appétit nul, soif vive. Nausées sans vomissements ; depuis un mois diarrhée permanente.

Urine très peu abondante depuis que le ventre s'est développé.

Au cœur, souffle anémique à la base et au premier temps.

On pense à un kyste de l'ovaire.

Le *29 mai*, on fait une ponction dans la partie inférieure du flanc droit. Rien ne s'écoule. On parvient, à l'aide d'un stylet introduit dans la canule, à ramener un peu de matière gélatineuse, jaunâtre. La petite plaie se cicatrise bien, Mais le 31 mai, au soir, vives douleurs au point ponctionné. Peau chaude, P. 90, T. 38°,2.

Le 1er *juin*, nausées pendant la nuit, puis au matin vomissements bilieux, sans odeur. P. 110, T. 39e. Le facies est altéré, la voix presque éteinte. Douleurs du ventre généralisées. Constipation. Pendant six jours, mêmes symptômes.

Le 7 *juin*, au matin, rémission, mais le soir les accidents reparaissent. T. 39° 2 ; P. 120. Vomissements fécaloïdes.

Le 8. La malade s'affaiblit de plus en plus ; elle ne peut plus uriner. Par la sonde on retire 50 c, d'urine très-rouge sans albumine ni sucre. Vomissements incessants. Pas de garde robes, depuis la ponction. Ventre ballonné, non douloureux à la pression. Sonorité tympanique dans la région sus-ombilicale. Facies très-altéré.

Mort le 9 juin.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve le péritoine dur, épaissi, très-adhérent aux tissus voisins. Entre les deux feuillets se voit une grosse masse gélatineuse. Cette tumeur est formée par une dégénérescence colloïde générale du péritoine, et non par un kyste de l'ovaire. Elle est composée d'une loge principale, limitée en arrière par la masse intestinale ; en bas par l'utérus et ses annexes et contenant 15 litres environ de matière glutineuse, circonscrite dans de larges alvéoles translucides, finement vascularisées.

Derrière cette tumeur se voient les intestins dilatés par le gaz. Leur tunique péritonéale est comme recouverte de pseudo-membranes formées d'une grande quantité de petites élevures confluantes et vasculaires. Le péritoine qui se trouve en avant de la

tumeur offre le même aspect, ainsi que les portions de séreuse qui recouvrent les divers viscères de l'abdomen. Là où le péritoine se réfléchit en avant du diaphragme, sur le foie, se trouvent trois petits kystes secondaires gros comme un œuf de poule, et entourés en grand nombre des petites élevures précitées.

Le granel épiploon a l'aspect d'une corde grosse comme le pouce, qui part de la courbure inférieure de l'estomac ef va jusqu'à la vessie.

Foie très-petit, dur, exsangue, normal à l'œil nu.

Estomac rempli de gaz. Muqueuse intestinale vascularisée et ramollie. Côlon descendant et Siliaque remplis de scybales très-dures.

U térus, ovaires et trompes sains. Le péritoine qui enveloppe ces derniers est plus épais et visqueux que partout ailleurs.

Reins petits et durs, tissu normal. Vessie rapetissée. Rate petite, paraît saine.

Poumons sains. Un peu de sérosité louche dans la cavité pleurale.

Dans le péricarde un demi-verre d'un liquide sanguinolent, trouble. Quelques taches laiteuses, surtout vers la pointe du cœur. Celui-ci est sain.

Le microscope a démontré qu'il s'agissait d'un carcinôme colloïde. Les saillies sur la surface péritonéale étaient des tumeurs colloïdes naissantes.

Observation VIII

(*Gazette hebd. de Méd. et de chir. n° 45, p. 713 p. M. le prof. Colin*)

Le sieur X... du 9e régiment de ligne, âgé de quarante-trois ans, entre le 12 juin dernier à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, dans le service du professeur Colin. — D'une constitution robuste,

d'un embonpoint assez marqué, ce malade éprouve depuis quelques mois déjà des douleurs vagues dans les hypochondres, de l'anorexie et une grande difficulté de digestion. Les confrères qui l'on vu avant son entrée ont cherché à localiser l'origine de ces symptômes soit dans une pleurésie sèche, soit dans une affection purement nerveuse de l'estomac. Le dernier moyen employé a été un vaste vésicatoire sur l'hypochondre gauche, vésicatoire posé la veille seulement et qui rend difficile l'exploration physique de la région. Le 14 juin cet obstacle a disparu et l'on peut constater par la percussion, la palpation, et au moyen de l'ouïe, l'absence de tout signe d'une altération organique dans la région examinée. L'état général du reste s'est maintenu satisfaisant. On a prescrit un régime lacté parfaitement supporté. Mais un phénomène qui, dès cette époque, se prononce chaque jour d'avantage est une dyspnée dont le malade lui-même se rend très-peu compte ; on remarque, au moment de la visite qu'il est habituellement assis sur son lit, que ses réponses sont brèves, saccadées, mais en vain cherche-t-on la cause de cette gêne en consultant le cœur ou les poumons dans les fonctions semblent toujours s'accomplir d'une manière normale. En même temps aussi, le malade devient de plus en plus nerveux, impressionnable, perd complètement le sommeil ; l'anorexie se prononce de nouveau accompagnée de régurgitations après chaque repas et dès le 25 juin, on ne prescrit plus que des bouillons à la glace et des tisanes vineuses. — Ce même jour sur la demande de X..., un autre vésicatoire est appliqué à la région épigastrique.

Le 27 juin, à six heures du soir, au moment où le malade se promenait dans le jardin, il éprouve subitement de la suffocation, des vertiges ; le médecin de garde le fait transporter dans son lit, lui applique quelques ventoûses sèches et prescrit une potion anti-spasmodique.

A la visite du *28 juin*, on constate un changement considérable ; le teint, encore animé la veille, est devenu pâle, jaunâtre, les traits sont grippés, les yeux ternes, la respiration extrêmement anxieuse, le pouls petit, irrégulier, saccadé. Il n'y a ni

toux, ni expectoration, mais il existe un bruit de souffle évident à la base du poumon gauche, en arrière.

D'autres faits non moins graves se révèlent en mêmes temps ; la palpation de l'épigastre fait reconnaître une tumeur correspondant à la région gastro-sphénique, tumeur dure, présentant sous la main une surface irrégulièrement quadrilatère, et d'autre part, plongeant par sa base sous les fausses côtes gauches. On constate de plus de l'œdème des membres inférieurs. C'est à cette date seulement que fut formulé le diagnostic cancer encéphaloïde du péritoine. Le *29 juin* la tumeur a augmenté de volume, le ventre est ballonné, les veines superficielles sont distendues, et il y a dans toute la région abdominale des douleurs qui rendent intolérable la moindre pression ; le malade a vomi presque toute la nuit. Le facies jaunâtre, grippé, présente le double caractère de la cachexie cancéreuse et de la péritonite aiguë. Il n'y avait dès lors aucune ressource ; on n'administra plus que quelques opiacés contre la douleur, et le malade s'éteignit le 3 juillet, dans la matinée.

Autopsie le 4 juillet. — A l'ouverture de la cavité abdominale, écoulement considérable de liquide citrin, transparent ; la surface péritonéale est parsemée de plaques rosées et de fausses membranes très-friables, agglutinant les anses intestinales. La grande courbure de l'estomac est englobée dans une masse de tissu encéphaloïde, offrant l'aspect et presque le volume d'un cerveau entier ; cette masse s'est développée dans l'écartement des deux feuillets antérieurs du grand épiploon.

En outre de cette tumeur principale, il s'en rencontre cinq autres le long du bord libre de l'intestin grêle, toutes remarquables en ce qu'elles sont régulièrement arrondies, et en ce qu'elles vont en diminuant régulièrement de volume à mesure qu'on les rencontre à des points plus déclives de cet intestin.

Ainsi, la première est du volume d'un œuf d'oie ; la dernière n'a que celui d'une framboise. A l'examen microscopique, on trouve dans toutes ces tumeurs de nombreuses granulations grais-

seuses et une grande quantité de cellules arrondies, à un seul noyau, et en général assez petites. Sur la surface antérieure de l'estomac, il existe quelques petites taches blanches, sous forme de gouttes de cire, comme elles ont été si bien décrites par Cruveilhier. Les parois de ce viscère n'ont, à part la tumeur sous-péritonéale, subi aucune altération de structure, par suite de la compression périphérique exercée par cette tumeur ; il y a eu seulement diminution de la capacité de l'estomac, et la muqueuse présente un aspect mamelonné dû aux replis qui s'y sont ainsi produits d'une manière toute mécanique ; de même, à part les tumeurs appendues à son bord libre, l'intestin est parfaitement sain. — Le petit lobe du foie venait plonger par son extrémité dans la masse principale qui lui formait une espèce de gangue, mais il a été facile d'en obtenir l'énucléation et d'établir que sa capsule d'enveloppe n'avait pas même été atteinte par cette dégénérescence. Les autres organes renfermés dans la cavité abdominale, rate, reins, pancréas, n'offrent non plus aucune altération. Le diaphragme est fortement refoulé en haut, et il existe une diminution notable de la capacité thoracique ; c'est surtout au niveau de l'aponévrose que ce refoulement est le plus marqué, et la gêne qui devait en résulter pour la circulation, surtout dans le cœur droit, peut nous rendre compte de la dyspnée observée pendant les quinze derniers jours. Le lobe inférieur du poumon gauche est aplati, mou, non crépitant, mais a conservé sa consistance normale ; il présente le type de la splénisation.

Observation IX

(*Tirée de la thèse de Lorreyte, p. 47*)

G... Hippolyte, âgé de 30 ans, entre à la fin du mois de janvier

1872 dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, à l'Hôtel-Dieu. Depuis deux mois il éprouve dans le ventre une sensation de pesanteur. En décembre 1871, il est entré dans un service de chirurgie, où l'on a constaté la présence dans l'abdomen d'une tumeur assez considérable. Une ponction exploratrice a été faite, rien n'est sorti.

Etat actuel. Abdomen considérablement développé, sillonné par des veines sous-cutanées très-apparentes ; au palper, on sent une tumeur dure, bosselée, qui, limitée au moyen de la percussion, paraît siéger à gauche et au-dessous de l'ombilic, de manière à remplir le flanc et la fosse iliaque du même côté. Dyspnée intense. Etat cachectique assez avancé.

Au bout de quelques jours, œdème des membres inférieurs, puis symptômes de péritonite, douleurs vives dans le ventre, vomissements parracés. Des taches ecchymotiques apparaissent sur la peau de l'abdomen deux ou trois jours avant la mort, qui survient le 5 février.

A l'autopsie, granulations cancéreuses répandues sur toute la surface du péritoine et particulièrement dans le grand épiploon. Anses intestinales agglutinées par des fausses membranes récentes. Tumeur carcinomateuse du volume d'un cœur humain située dans la fosse iliaque du côté gauche et comprimant la veine iliaque primitive, qui présente des taches rouges, ecchymotiques ne disparaissant pas par le lavage.

La veine cave inférieure renferme dans sa cavité une saillie en forme de champignon qui adhère à la paroi et qui paraît être de nature carcinomateuse. L'aorte ne présente aucune altération.

Le foie offre à sa surface des petites tumeurs du volume d'une noix, d'une coloration blanc-jaunâtre, et ayant déjà subi quelques unes du moins, un ramollissement au niveau de leur centre. Les reins et la rate sont sains.

Épanchement sanguinolent dans le péritoine.

La colonne vertébrale n'est pas altérée ; le tissu spongieux du corps des vertèbres paraît seulement un peu plus rouge qu'à l'état normal.

A la face postérieure de la paroi abdominale antérieure, sous le péritoine pariétal, à l'endroit qui correspond exactement á la ponction faite par le chirurgien, il existe une petite tumeur carcinomateuse.

Les ganglions de l'aine ont subi la dégénérescence cancéreuse; ils sont durs et augmentés de volume.

Les poumons sont congestionnés; dans la plèvre gauche épanchement abondant, légèrement coloré en rouge par du sang. Epanchement plurétique moins considérable du côté droit. Les deux plèvres diaphragmatiques sont le siège d'une foule de granulations cancéreuses, analogues à celle de l'épiploon.

Dans le péricarde, quelques cuillerées d'une sérosité transparente. Le cœur présente à sa surface des taches laiteuses et aussi une petite tumeur, large comme une pièce de 50 centimes, d'un blanc jaunâtre, offrant des saillies et des dépressions et paraissant limitée à l'épaisseur du péricarde viscéral. Valvule mitrale parsememée de noyaux athéromateux. L'aorte ascendante présente également des athéromes, situés un peu au-dessus des valvules signoïdes.

Le cerveau est sain.

SYMPTOMES

Le carcinôme du péritoine s'annonce presque toujours par les mêmes symptômes; mais ces symptômes n'ont

rien de caractéristique. Une foule de maladies de la cavité abdominale peuvent présenter les mêmes symptômes, de sorte que le diagnostic du carcinôme est toujours difficile Au début de la maladie le diagnostic est même impossible.

Dans la plupart des cas, la maladie débute par des douleurs dans le ventre (ob. I, II. VIII, IX). Ces douleurs n'ont rien de spécial et, par conséquent, le médecin mis en présence de ce seul symptôme ne peut en déduire, que ce soient là les premières manifestations d'une maladie aussi grave. Cependant presque en même temps le malade s'aperçoit qu'il perd ses forces, qu'il commence à maigrir, que son appétit diminue; il se plaint même d'une anorexie complète. Et pourtant il est encore impossible de se prononcer sur la nature de la maladie, quoique la perte rapide des forces, l'amaigrissement et l'anorexie ne puissent échapper à l'attention du médecin et doivent nécessairement lui faire soupçonner que son malade est atteint d'une maladie grave.

A partir de ce moment, le doute sur la nature de la maladie ne sera plus de longue durée, car les symptômes prémentionnés sont en peu de temps suivis par deux nouveaux symptômes très significatifs qui ne manquent presque jamais, ces deux nouveaux symptômes sont extrêmement importants pour le diagnostic de la maladie. Nous voulons parler de l'ascite considérable qui se reproduit très-rapidement après chaque ponction et des tumeurs de la cavité abdominale. Ces derniers symptômes accompagnés par l'amaigrissement, la perte des forces et la pâleur, alors même que la cachexie cancéreuse vien-

drait à manquer, ne peuvent plus laisser de doute sur la nature de la maladie.

Dans quelques cas plus rares, c'est par la perte d'appétit (ob. V) que la maladie débute; ensuite surviennent les douleurs, l'amaigrissement et les autres symptômes. Plus rarement encore, on rencontre des malades qui viennent consulter le médecin sur le gonflement de leur ventre (ob. IV), tandis que tous les autres simptômes qui accompagnent d'habitude le carcinôme du péritoine et que nous venons de décrire, n'apparaissent que très tardivement.

Comme on le voit, le diagnostic de la maladie n'est pas facile. Il n'existe point de signes qui puissent rendre le diagnostic certain; ce n'est qu'en observant la succession des symptômes et la marche rapide de la maladie, qu'on peut se prononcer avec plus ou moins de certitude sur sa nature.

Pour compléter ce tableau succinct de la marche clinique du cancer du péritoine, il nous faut ajouter que les malades souffrent la plupart du temps d'une constipation opiniâtre ou bien la constipation et la diarrhée se succèdent. Mais le plus souvent (ob. VI) la diarrhée ne survient que dans les derniers temps de la maladie.

Les vomissements manquent rarement. Ils peuvent survenir de temps en temps dans le cours de la maladie, mais d'habitude ils n'apparaissent qu'à sa fin; et dans ce dernier cas, les vomissements sont incoercibles.

Quant à la température, elle reste habituellement normale si ce n'est dans les cas où la maladie se complique d'une péritonite ou d'une autre affection aigüe.

D'après Pétrina (1) le carcinôme peut se développer avec une telle rapidité, que le diagnostic en devient impossible. Dans ce cas la plupart des symptômes par lesquels le cancer du péritoine se manifeste habituellement, font défaut. Ainsi, la coloration de la peau du malade ne change pas beaucoup, l'amaigrissement n'a pas le temps de se produire, vu la marche rapide de la maladie, le palper et la percussion donnent des résultats négatifs, car les produits carcinomateux sont très petits et on ne peut pas les sentir à travers la paroi-abdominale. Il survient un trouble de l'intelligence, une légère fièvre, le délire et le malade s'éteint pour ainsi dire avant qu'on puisse se prononcer sur la nature de sa maladie. D'après l'auteur que nous venons de citer, cette marche aigüe est propre au carcinôme miliaire primitif.

Passons maintenant à l'examen successif des symptômes les plus importants.

Douleur. C'est un des premiers signes du début du cancer du péritoine et il ne manque que très rarement. Mais si la douleur existe presque toujours dans cette maladie, elle présente en revanche des caractères très différents en ce qui concerne son intensité et sa localisation. La douleur est tantôt constante, légère ; tantôt elle survient par accès ; d'autres fois ce n'est pas une douleur proprement dite, mais une sensation (Ob. I, VIII, IX) de pesanteur et de gêne dans le ventre. La douleur est des fois très vive, passagère ; elle augmente à la pression ou bien

(1) Petrina, Ueber Carcinoma perit.

la pression n'a aucune influence sur son intensité. La douleur peut être localisée au niveau de l'ombilic, à l'épigastre, dans les fosses-iliaques ; de ces points elle peut s'étendre dans diverses directions ; ainsi peut-elle s'irradier dans tout le ventre, dans les cuisses, sur les côtés ou dans la poitrine.

Le plus souvent la douleur est peu intense au début de la maladie et ne devient vive (Ob. II) que vers la fin.

Troubles digestifs. La langue est quelquefois sèche, rouge ; d'autres fois elle est chargée ou bien normale.

Il y a une diminution de l'appétit dès le début de la maladie ; le malade arrive ensuite à l'anorexie complète. La digestion se fait mal, les malades se plaignent de pesanteur dans l'estomac après avoir ingéré les aliments ; très souvent ils ont des nausées, des pyrosés et des vomissements. Cependant quelquefois les malades conservent leur appétit et les digestions se font alors plus ou moins bien jusqu'à la fin.

Comme nous l'avons déjà dit, il est très rare que les malades soient pris de vomissements dès le début ; si cela arrive, les vomissements sont passagers (Ob. X) ; vers la fin de la maladie au contraire, les vomissements deviennent très-fréquents et ils sont alors incoercibles.

Les vomissements peuvent être alimentaires ou se montrer en dehors de toute alimentation ; ils sont alors constitués par des matières glaireuses.

Quand la diarrhée survient au début elle ne dure pas. D'habitude elle est suivie de constipation. Le plus souvent les malades sont tourmentés par une constipation opiniâ-

tre et la diarrhée ne survient que vers la fin de la maladie.

Signes physiques. Le ventre dans tous les cas est augmenté de volume. Ce gonflement du ventre est dû à l'ascite, à la distension des intestins par les gaz et à la présence des tumeurs dans la cavité abdominale.

L'ascite accompagne toujours le carcinôme du péritoine. La quantité du liquide de la cavité abdominale varie entre quelques grammes et 10 litres. Cette quantité peut être plus considérable encore. Quand l'ascite est abondante, la peau de l'abdomen est visiblement distendue et luisante ; l'ombilic proémène sous la forme d'une petite tumeur molle et dépressible ; les veines sous-cutanées abdominales sont dilatées (Ob. IV, V, VIII, IX) Pourtant ce dernier phénomène n'est pas constant.

L'ascite survenant dans le carcinôme du péritoine présente quelques particularités qu'on ne rencontre point dans l'ascite ordinaire. Car dans le carcinôme, les intestins sont souvent fixés par des fausses membranes ; il s'en suit qu'ils ne peuvent obéir aux lois de la pesanteur et que le liquide n'est pas en état de se déplacer aussi facilement que dans les ascites sans péritonite. C'est ainsi, que dans le décubitus dorsal au niveau de la région épigastrique ou ombilicale, on peut trouver une matité au lieu de la sonorité, tandis que dans l'ascite ordinaire c'est tout le contraire. De même quand le malade est couché sur le côté droit ou gauche, ont peut avoir de la sonorité dans les parties déclives.

La présence du liquide dans la cavité abdominale est

dûe d'un côté à l'inflammation partielle du péritoine et de l'autre à ce que l'extravasion du sérum sanguin est facilitée par le changement de la composition du sang ; en outre, de nombreuses branches veineuses sont obstruées par le néoplasme et de cette façon la circulation reste entravée ; si nous tenons encore compte de la diminution de la vitalité du corps, nous aurons l'explication de la cause de cette ascite.

Le météorisme est constant ; il apparaît au début de la maladie et provient des mêmes causes que la constipation. Parmi ces causes il faut citer l'atonie des muscles intestinaux et la faiblesse des muscles de la paroi abdominale. Cette faiblesse provient de la diminution de l'énergie nerveuse. En outre, la constipation comme le météorisme ont pour cause la fixation des intestins par les fausses membranes. Aux causes précédentes viennent se joindre quelquefois des causes purement mécaniques, comme la diminution du calibre du canal intestinal, diminution produite par le néoplasme comprimant les parois intestinales ; ce néoplasme est quelquefois situé dans le péritoine ou dans les parois intestinales mêmes. La distension des intestins, situés au-dessus du néoplasme, peut alors acquérir des dimensions énormes.

Ainsi que l'ascite, les néoplasmes existent presque toujours dans la cavité abdominale. Les néoplasmes peuvent être du volume d'une petite noisette ou d'un marron, ou même elles peuvent remplir toute la cavité abdominale.

Lorsque l'ascite n'est point trop considérable et qu'on vient à déprimer brusquement la paroi abdominale avec les extrémités des doigts, on a la sensation d'un corps dur, résistant et de nature toujours suspecte.

Après avoir vidé la cavité abdominale, on sera en état de constater plus facilement l'existence des tumeurs ; en palpant le ventre on sentira des tumeurs multiples, arrondies, irrégulières dont quelques-unes peuvent paraître mobiles. Il arrive aussi, que le palper ne donne pas la sensation des tumeurs, mais d'une cértaine résistance de la paroi abdominale.

Les touchers vaginals et rectals font souvent constater une tumeur dans les culs-de-sac péritonéaux et quant à l'utérus, il peut rester immobile lorsque les productions morbides existent autour de lui.

Il est important d'examiner l'état des ganglions inguinaux, toutes les fois qu'on aurait le moindre soupçon que le patient soit atteint du cancer du péritoine et que les symptômes ne se sont pas encore assez prononcés pour qu'on puisse poser le diagnostic de la maladie ; car il arrive très-souvent que les ganglions sont engorgés (ob. II) dès le début de la maladie. Ce phénomène est parfois d'une grande importance dans les cas douteux.

Etat général. Dans le carcinôme du péritoine sans complication, la température est généralement normale. Cependant malgré l'absence de la fièvre, les malades maigrissent et s'affaiblissent vite. L'appétit est d'habitude faible ou nul et les malades se distinguent par leur teint pâle et leurs traits tirés ; quelquefois ils ont le teint jaune-pâle.

Les malades sont généralement tourmentés d'une dyspnée provenant de l'accumulation du liquide dans la cavité abdominale et de la distension des intestins par

les gaz, qui refoulent le diaphragme et provoquent ainsi la dyspnée.

Enfin, lorsque la maladie approche de sa fin, il n'est pas rare de voir l'œdème des extrémités inférieurs.

DURÉE ET TERMINAISON

Le carcinôme du péritoine est une maladie à marche rapide. Mais il est difficile d'en déterminer exactement la durée, vu que les premiers symptômes passent souvent inaperçus par les malades. Cependant on admet généralement que la maladie dure de deux mois à un ou deux ans.

Lebert évalue la durée moyenne du carcinôme du péritoine de 6 à 8 mois ; dans des cas plus rares la maladie peut durer, d'après lui 1 à 2 ans.

Les auteurs allemands fixent à cette maladie une durée de 6 à 8 mois et de 1 à 2 ans et sont par conséquent d'accord avec Lebert. Ainsi Kohler (Krebs und Scheinkrebskrankheiten des Menschen p. 405) dit que la durée du carcinôme du péritoine est moindre de 6 mois, mais que cependant il n'est pas rare de la voir durer de 1 à 2

ans. Bamberger nous apprend que les carcinômes du péritoine qu'il avait occasion d'observer, duraient plusieurs mois.

La terminaison de la maladie est toujours fatale. Le plus souvent, la mort survient par les progrès de la cachexie. D'autres fois les malades sont emportés par une complication ; tantôt c'est à une péritonite qu'ils succombent, tantôt c'est à une pneumonie ou à un œdème des poumons; des fois les malades meurent pour ainsi dire asphyxiés par l'hydropisie de la plèvre et du péritoine.

DIAGNOSTIC

Comme nous l'avons dit plus haut, le diagnostic est impossible au début. Lors même que la maladie aurait déjà atteint un certain développement, elle ressemble, à s'y méprendre, à la tuberculose du péritoine. Pourtant le changement plus rapide de l'état général, l'ascite considérable propre au carcinôme ascite qui se reproduit rapidement après chaque ponction, enfin la présence des tumeurs dans la cavité abdominale et le gonflement des ganglions inguinaux décideront le diagnostic différentiel

en faveur du carcinôme. Il faut ajouter à ceci qu'il est très-rare de rencontrer la tuberculose localisée dans le péritoine et qu'habituellement elle est accompagnée par des mouvements fébriles, tandis que le carcinôme est généralement apyrétique.

Dans certains cas d'ascite considérable, le diagnostic différentiel entre la cirrhose du foie et le carcinôme peut être difficile ; mais la marche rapide de la maladie, l'engorgement des ganglions inguinaux, enfin cette circonstance que dans le carcinôme les anses intestinales sont presque toujours ou du moins très-fréquemment fixées tandis que dans la cirrhose elles ne le sont jamais, — tels sont les signes qui décident le diagnostic en faveur de l'une ou de l'autre affection. — Enfin dans les cas douteux, on pourra recourir à la ponction de la cavité abdominale, à la suite de laquelle il est facile de constater la présence des tumeurs dans le ventre, ee qui ne laissera plus de doutes sur la nature de la maladie.

Les kystes de l'ovaire peuvent aussi offrir quelque ressemblance avec le cancer ; mais à propos de ce dernier cas, il faut dire que l'évolution de la première maladie est très-lente et elle n'altère l'état général des malades qu'après une longue durée ; tandis que le cancer présente une marche rapide.

PRONOSTIC

Comme dans toutes les maladies cancéreuses, le pronostic est absolument défavorable. La maladie conduit fatalement à la mort, sans même laisser d'espoir sur une rémission plus ou moins prolongée.

TRAITEMENT

Le traitement du cancer péritoine est simplement symptômatique. Il consiste à soutenir les forces, à exciter l'appétit, à arrêter les vomissements et la diarrhée à calmer les douleurs et à soustraire le liquide de la cavité abdominale si le malade est menacé d'asphyxie.

QUESTIONS

Anatomie et histologie normales. — Articulation du genou.

Physiologie. — Propriétés de la salive, du rôle du système nerveux sur la sécrétion de la salive.

Physique. — Condensations électriques, effets des décharges sur les corps organisés.

Chimie. — Des oxydes de cuivre et de plomb, leur préparation; caractères distinctifs de leur dissolution.

Histoire naturelle. — Des helmintes qui habitent le corps de l'homme.

Pathologie externe. — De l'encéphalocèle.

Pathologie interne. — De l'ictère grave.

Pathologie générale. — De la gangrène.

Anatomie et histologie pathologiques. — Lésions de la pneumonie chronique.

Médecine opératoire. — De la valeur des amputations de Chopart, de Syme, de Pirogoff, sous-astragalienne et sus-malléolaire, sous le rapport de l'utilité consécutive du membre.

Pharmacologie.—Des cérats, des pommades, des onguents, leur définition et leur préparation.

Thérapeutique. — Des indications de la médication vomitive.

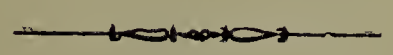
Hygiène. — De la sophistication du lait.

Médecine légale. — Empoisonnements par le chloroforme et l'éther : comment peut-on reconnaître la présence de ces anesthésiques dans le sang.

Accouchements. — De l'accouchement par la face.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Le Président,
CHARCOT.



Lons-le-Saunier. — Imp. J. Mayet et Cie.